# FREMDANAMNESEN

**Berichtsbogen – Fachsprachenprüfung [Verschriftlichung der Anamnese *> direkt ins Dokument tippen*]**

*Schreiben Sie – außer bei Patient/in – in ganzen Sätzen, nicht in Stichworten!*

**Patient/in** **Datum**

Peter Müller

| Alter | Größe | Gewicht |
|---|---|---|
| xxx Jahre | cm | xxx kg |

**Allergien / Unverträglichkeiten**

Der Patient reagiert allergisch auf …. Amoxicillin, Kontrastmittel = Wirkstoff (Wurde das ärztlich festgestellt?)

Der Patient hat eine Nussallergie/ eine Allergie gegen xxx Nüsse, Konservierungsstoffe

Der Pat. hat eine Pollenallergie und eine Laktoseintoleranz, Glutenintoleranz.

Der Pat. verträgt keine Gurken.

Es sind keine Allergien und Unverträglichkeit bekannt.

**Fremdanamnestisch konnten keine Angaben gemacht werden.**

**Genussmittel / Drogen**

Der Pat. raucht 25 py/ seit xxx Jahren 10 Zigaretten pro Tag.

Bis vor 3 Jahren hat der Pat. 20 Jahre lang 10 Zigaretten täglich geraucht.

Er trinkt seit xxx Jahren 2 … WAS täglich.

Er trinkt gelegentlich /zu bestimmten Anlässen ein Glas Wein/ Alkohol.

Er hat vor xxx Jahren 2 Mal xxxx konsumiert.

Er konsumiert seit xxx Jahren xxxx.

Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

**Sozialanamnese**

xxx ist ledig/verheiratet/ seit xxx Jahren verwitwet/ geschieden.

xxx lebt in einer festen Partnerschaft.

xxx ist in (Früh)Rente, davor war er/sie xxx

Der Pat. hat zurzeit viel Stress im Beruf/ zuhause....

**Familienanamnese**

- leidet an/ litt an + Dativ

Der Vater leidet an einem/einer xxx

Die Mutter litt/leidet an einer Lebererkrankung (unklarer Genese).

In der Familie sind Fälle von xxxx bekannt.

Mütterlicherseits sind Fälle von xxxx bekannt

Väterlicherseits

Die Familienanamnese ist unauffällig.

Der Vater ist mit 56 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben / an Altersschwäche gestorben.

**Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie**

*[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]*

**Schreiben Sie in ganzen Sätzen!** *Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.*

*[ Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld ]*

Aktuelle A.

Herr/Frau xxx , ein 70-jähriger Patient/ eine 70-jährige Patientin in (schmerzbedingt) reduziertem AZ und gutem/ übergewichtigem/ adipösem/untergewichtigem/kachektischem EZ,

kommt heute mit /wegen…………..zu uns.

mit seit 3 Tagen bestehendem Fieber,

mit einer seit 3 Tagen bestehenden Dyspnoe

kommt mit Dyspnoe und trockenem Husten

Die Beschwerden sind **vor** 4 Tagen plötzlich aufgetreten.

bestehen seit

auftreten vor

stellte sich heute mit / wegen………..bei uns vor.

Die xxx bestehen seit xxx Tagen, sind xxxx und liegen bei xxxx./lagen bei

Die Dyspnoe geht mit xxx einher.

Begleitend zeigen sich wässrige Diarrhoe seit 3 Tagen , xxx und xxx .

Vor 4 Wochen hatte der Pat.

Er ernährt sich xxx

**Herr xxx, ein 50-jähriger Pat. in AZ +EZ in somnolentem Zustand, wurde heute IN BEGLEITUNG seiner Nachbarin/seines Nachbarn**

**wegen eines Unfalls/ nach einem Krampfanfall mit dem KTW in die Notaufnahme eingeliefert.**

**Der Pat. ist bewusstseinsklar/ schläfrig/ somnolent/ verwirrt/ nicht ansprechbar/ ansprechbar, aber desorientiert/ desorientiert/ orientiert zu Zeit und Ort.**

**Die Anamnese wurde mit dem Nachbarn, Herrn/Frau xxx, geführt.**

**Aufgrund xxx wurde die Anamnese mit dem xxx/ der xxx durchgeführt.**

**Fremdanamnestisch ist zu erfahren, dass der Pat. vor einer Stunde …**

**Vor einer Stunde sei der Pat.**

**Der Nachbar habe den Patienten vor einer Stunde bewusstlos in der Wohnung (auf dem Boden liegend ) vorgefunden**

**Dem Nachbarn zufolge VERB**

VA

Die vegetative Anamnese ist unauffällig.

Bis auf + AKK/ Abgesehen von +D xxx ist die vegetative Anamnese unauffällig.

In der vegetativen Anamnese finden sich
Des Weiteren beklagt der Pat. + AKK
Zudem beklagt der Pat.
Der Pat. fühle sich fiebrig, habe jedoch die Köpertemperatur nicht gemessen.

VE/VorOPs

Der Pat. leidet seit xxx an einer /m xxx und xxx.
Der Pat. leidet an folgenden Erkrankungen:

- eine xxx seit xxx Jahren

In der Vorgeschichte finden sich eine xxx, eine xxx

Med:

Der Pat. nimmt regelmäßig keine Medikamente ein.
Bis auf Analgetika b.B. nimmt der Pat. regelmäßig keine Medikamente ein.
Der Pat. nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

- ASS 100 mg (1-0-1)
-

VD/DD

Ich vermute + AKK ein/e/n
Ich habe den Verdacht auf
Ich gehe von + D aus
Alternativ kommen/t …. in Betracht.

Procedere

- KU
-

Therapie

- stationäre Aufnahme

Patient: Josef Klingenreiter

Alter : 68 Jahre

Größe : 165 cm

Gewicht : 78 kg

Allergien

Bei dem Patienten sind keine Allergien und Unverträglichkeiten bekannt.

Noxen

Der Patient trinkt gelegentlich ein Glas Weißwein.

Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

Sozialanamnese

Er ist verheiratet, hat 2 Kinder und wohnt mit seiner Frau zusammen.

Er ist in Rente, vorher war er als Handwerker tätig.

Familienanamnese

Der Vater ist vor 10 Jahren an Altersschwäche gestorben.

Die Mutter ist vor 3 Jahren an einem Myokardinfarkt gestorben.

## Anamnese :

Herr Klingenreiter, ein 68-jähriger Patient in reduziertem AZ und gutem EZ, wurde heute in Begleitung seiner Frau mit dem KTW in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Patient ist ansprechbar und orientiert.

Die Anamnese wurde mit seiner Frau durchgeführt.

Vor 4 Stunden hatte der Pat. während des Abendessens plötzlich eine Monoplegie im rechten Arm. Zudem hing sein rechter Mundwinkel herab.

Begleitend zeigte sich eine Dysarthrie (der Pat. habe verwaschen gesprochen).

Die Beschwerden haben sich nach 20 min bis auf eine leichte Aphasie vollständig zurückgebildet.

Vor einem Monat habe der Patient eine kurzzeitige Sehstörung (wahrscheinlich Amaurosis fugax) gehabt, sein Augenarzt habe jedoch keine Ursache gefunden.

Bis auf eine gelegentliche Obstipation ist die vegetative Anamnese unauffällig.

VE/VorOP:

Der Patient leide seit 10 Jahren an einer arteriellen Hypertonie, seit 3 Jahren ein Diabetes mellitus Typ 2 und einer Arrhythmie.

Vor 10 Jahren wurde bei dem Patienten eine Cholezystektomie durchgeführt.

Medikamente :

Der Patient nehme folgende Medikamente ein:

1. Ramipril 5 mg (1-0-0)
2. Amlodipin 5 mg (0-1-0)
3. Torasemid 2.5 mg (1-0-0)
4. Glucophage 500 mg (1-1-1)
5. Abführtee b.B

Die anamnestischen Angaben deuten am ehesten auf eine TIA hin.

Alternativ kommen eine Karotidstenose bei Arrhythmie und eine Hypertension Krise in Betracht.

Zur weiteren Abklärung würde ich folgende Maßnahmen anordnen :

1. KU
2. Labor : BB,Troponin,D-Dimere, PTT,INR
3. RR-Überwachung
4. EKG
5. Duplexsonographie
6. Zerebrale MRT

Sollte sich meine Verdachtsdiagnose bestätigen, würde ich folgende Therapie einleiten :

1. Stationäre Aufnahme
2. ASS 100 mg
3. RR- und BZ-Optimierung
4. Sauerstoffgabe
5. Heparin
6. Statine

**Patient/in**

Josef Klingenreiter

**Datum**

21.07.22

| Alter | Größe | Gewicht |
|---|---|---|
| **68 Jahre** | **165 cm** | 78 kg |

**Allergien / Unverträglichkeiten**

Beim Patienten sind keine Allergien und Unverträglichkeiten bekannt.

**Genussmittel / Drogen**

Der Patient trinkt gelegentlich 1 Glas Riesling. Nikotin- und Drogenkonsum wurden verneint.

**Sozialanamnese**

Der Patient ist verheiratet, hat 2 Kinder, ist in Frührente und war als Handwerker tätig.

**Familienanamnese**

Der Vater ist an einer Altersschwäche gestorben und die Mutter an einem Herzinfarkt.

**Bericht mit Anamnese / Verdachtsdiagnose / Vorschlägen zur weiteren Diagnostik und Therapie**

*[Anamnese subjektiv, Anamnese objektiv, Verdachtsdiagnose, Differenzialdiagnose, weiteres Procedere]*

**Schreiben Sie in ganzen Sätzen!** *Bitte benutzen Sie medizinische Fachsprache, wo dies möglich ist.*

***[ Tippen Sie direkt ins vorbereitete, grau umrandete Feld ]***

Herr Klingenreiter, ein 68-jähriger Patient in reduziertem AZ und adipösem EZ, wurde heute in Begleitung seiner Ehefrau, Frau Hanna Klingenreiter, mit dem KTW in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Pat. ist ansprechbar, hat jedoch eine leichte Aphasie.

Fremdanamnestisch ist zu erfahren, dass der Patient vor ca. 4 Stunden beim Abendessen an einer Hemiplegie des rechten Arms litt (Der Pat. konnte/ habe sein Brot nicht mehr schneiden /können).

Die Beschwerde sei plötzlich aufgetreten und ging mit einer Fazialisparese und einer Aphasie einher.

Bis auf eine leichte Aphasie haben sich die Symptome nach 20 Minuten vollständig zurückgebildet.

Gleichgewichtsstörungen und eine Bewusstlosigkeit wurden verneint.

Der Pat. wurde vom Notarzt eingewiesen.

Der Ehefrau zufolge war der Pat vor einem Monat wegen Sehstörungen (wahrscheinlich Amaurosis fugax), in augenärztlicher Behandlung, allerdings waren alle durchgeführten Untersuchungen unauffällig.

Bis auf eine gelegentliche Obstipation ist die vegetative Anamnese unauffällig.

VE/VorOps

Der Patient leidet seit 20 Jahren an einer arteriellen Hypertonie, seit 3 Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 2 und seit langem (o.g.A) an einer Arrhythmie. Z.n Cholezystektomie vor 10 Jahren.

Medikamente:

Der Patient nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein :

1. Ramipril 5 mg (1-0-0)
2. Amlodipin 5 mg (1-0-0)
3. Torasemid 25 mg (1-0-0)
4. Glucophage 500 mg (1-1-1)

VD/DD

Ich habe den Verdacht auf eine TIA. Als DD kommt ein epileptischer Anfall in Betracht.

Procedere: Um meine VD zu bestätigen, werde ich folgende Maßnahmen durchführen: 1. KU 2. Labor (Blutbild, Gerinnungswerte, Nierenwerte, Elektrolyte, BZ, Entzündungsparameter) 3. Doppler Sonografie der Karotiden 4. EKG/ECHO 5. cMRT

Therapie: Falls sich meine VD bestätigt, würde ich folgende Therapie einleiten: 1. Stationäre Aufnahme 2. ASS 3. ggf. Thrombendarteriektomie der Karotis. 4. Optimierung der arteriellen Hypertonie und BZ.

# TIA- Arzt-Arzt:

- fremdanamnestisch ist zu erfahren

- sein xxx hing herab
- waren o.p.B.
- weil sich alle xxx vollständig zurückgebildet haben, kann es kein Apoplex sein (?)
- ich werde den Patienten überwachen
- dadurch
- kurze Aufklärung: neurologische Untersuchung: Was wird untersucht? Die Vigilanz, die Sensibilität, Motorik, die Gangsicherheit/ bild usw. wird / die Reflexe werden überprüft
- das Alter
- bei einer Hemiparese handelt es sich um ein unvollständige Lähmung
- CT

# Generalisierter Krampfanfall:

| tonisch-klonischer Anfall: |
| --- |
| Die Symptome von tonisch-klonischen Anfällen können eine beliebige Kombination der folgenden sein: |
| • ein ungewöhnliches Gefühl vor dem Anfall = Aura |
| • Aura= Lichtblitze, Funken, Flackern oder Flimmern = Photopsie, gibt es auch bei Migräne z.B. |
| • Aura = Cephalgien z.B. |
| • Zuckung + Versteifung (war ganz starr, steif) einer oder mehrerer oder aller Extremitäten |
| • sabbern = Speichel / Schaum vor dem Mund |

| |
|---|
| • unwillkürliche Miktion/Defäkation = Hat der Pat. eingenässt + eingestuhlt? |
| • Zungenbiss |
| • runterfallen, umkippen |
| • schreien, grunzen (wie ein Schwein) |
| • Augenbewegungen, Augen waren verdreht |
| • Verwirrung oder Schläfrigkeit danach; Unfähigkeit, sich an das Ereignis zu erinnern = Pat. kann sich nicht an den Anfall erinnern<br>• Trigger/ Auslöser:<br>• Erkrankungen<br>• Alkoholabusus<br>• visuelle + akustische Reize<br>• starker Stress/Schock |
| |
| |
| |

## BEISPIEL: Epilepsie

Herr Hoffman ein 33-jähriger Patient wurde in Begleitung seines Arbeitskollegen in somnolentem Zustand bei uns eingeliefert.

Der Pat. ist ansprechbar und orientiert zu Zeit, Person und Ort.

Fremdanamnestisch ist zu erfahren, dass dem Patienten vor 1 einer Stunde ein Gegenstand aus der Hand gefallen ist./sei

Er ist/sei danach 5 Mal auf die Toilette gegangen und kurz danach umgekippt.

Der Pat. hatte einen 3-minütigen generalisierten tonisch-klonischen Anfall mit Muskelzuckungen aller Extremitäten, Blickdeviation (nach hinten gerollte Augen) und Schaum vor dem Mund.

Während des Anfalls sei der Pat. kurzzeitig bewusstlos gewesen. Einer der Anwesenden habe einen kräftigen Puls gemessen.

Der Pat. berichtet, dass er kurz vor dem Ereignis starke Kopfschmerzen hatte (10/10) und Lichtblitze (Photopsie) gesehen hat.

Dem Arbeitskollegen zufolge sei der Pat. kurz nach dem Anfall desorientiert und verwirrt gewesen.

Beim Eintreffen des KTW sei er bereits voll orientiert gewesen, seither sei er jedoch somnolent.

## Generalisierter Krampfanfall – Ärztekammerfall 30 b

Frau Möller, eine 17-jährige Patientin in reduziertem EZ, wurde heute in Begleitung ihres Vaters nach einem Krampfanfall mit dem KW bei uns eingeliefert.

Die Pat. ist somnolent. Die Anamnese wurde mit dem Vater durchgeführt.

Vor einer Stunde habe die linke Hand der Pat. plötzlich gezuckt. Danach kam es zu einem 7-minütigen Krampfanfallmit Muskelzuckungen, Versteifung aller Extremitäten, Zungenbiss und unwillkürlicher Miktion.

Die Augen der Pat. waren verdreht.

Sie war 3-4 min bewusstlos. Der Anfall ist erstmalig aufgetreten.

Seit dem Anfall ist die Pat. somnolent.

Die Pat. beklagt seit einem Monat eine progrediente Kraftlosigkeit in der linken Hand, weswegen sie stark beunruhigt sei.

Sie hatte im 6. Lj. eine ALL, mit Radio- Chemotherapie behandelt.

In der vegetativen Anamnese finden sich stressbedingte Schlafstörungen und Durchfälle.

Fieber wurde nicht gemessen.

Die Pat. ernährt sich seit einem Jahr vegan und ist nicht gegen Kinderkrankheiten geimpft.

| *Präsentation: Epilepsie* |
| --- |
| • *tonisch-klonischer Anfall* |
| • *während des Anfalls kommt es zu* |
| • *Versteifung der Muskulatur:* |

| |
|---|
| • *Die Extremitäten sind gestreckt* |
| • *Der Patient/ die Patientin ist bewusstlos* |
| • *Blickdeviation (Augen waren nach oben gerollt, Blickrichtungsabweichung)*<br>• *Schaum vor dem Mund* |
| • *Seltener kommt es zu unwillkürlicher Miktion/Defäkation = der Patient hat eingenässt, eingestuhlt* |
| • *Der Anfall dauert i.d.R. einige Minuten (3-5 min)* |
| • *Charakteristisch ist eine Aura vor dem Anfall (Minuten, Stunden, Tage bitte alles abfragen)* |
| • *Visuelle Aura: der Pat. habe (Licht)Blitze, Sterne vor den Augen gesehen* |
| • *Er sei lichtempfindlich gewesen* |
| • *geräuschempfindlich* |
| • *Übelkeit* |
| • *Klagt über ein Unwohlsein in der Magengegend* |
| • *Kopfschmerzen* |
| • *Kurzzeitige Abwesenheit* |
| • *Fragen Sie bitte nach: sind rezidivierende Ohnmachtsanfällen, Fieberkrämpfen etc.* |

| |
|---|
| *aufgetreten? Wenn ja, wann genau, wie oft?* |
| • *Ähnliche Anfälle in den letzten xxx Stunden/Tagen usw.* |
| • *Familienanamnese!* |
| • *Zustand des Patienten/ der Patientin nach dem Anfall: Pat. kommt kurz zu sich, danach häufig Nachschlaf (postiktale Phase)*<br>• *er ist schläfrig, somnolent, ansprechbar oder nicht, bitte prüfen (Glasgow Coma Scale)* |

| *Präsentation: Demenz* |
|---|
| • *SYMPTOME:*<br>• *schleichender Beginn/ Verlauf* |
| • *Amnesie = die Vergesslichkeit, Gedächtnisverlust > zunehmend über viele Jahre, die Ehefrau beobachtet seit … Jahren ….*<br>*FRAGE: Haben Sie bemerkt, dass er/sie/Ihr Mann, Nachbar/ Ihre Frau in letzter Zeit sehr vergesslich ist?*<br>*Haben Sie bemerkt, dass Ihr Mann / Ihre Frau häufig Gegenstände verlegt? verlegen* |
| *z.B. Der Pat. vergesse seine Medikamente einzunehmen* |

| |
|---|
| *anfangs Kurzzeitgedächtnis, dann Langzeitgedächtnis*<br>- *Konzentrationsstörung* |
| • *Es liegt eine Eigengefährdung vor.* |
| • *Fremdgefährdung* |
| • *Apraxie = der Verlust der praktischen Fähigkeiten, der Pat. könne sich nicht alleine ankleiden, die Schuhe nicht binden, Kaffee kochen*<br>*FRAGE:*<br>*Schafft Ihr Mann / Frau den Alltag alleine, problemlos? Kann er (sich) z.B. alleine .....(anziehen) kochen* |
| • *Sensorische Aphasie = Sprachstörungen: der Pat. vergesse häufig Wörter, könne keine vollständigen Sätze bilden* |
| • *Agnosie = der Pat. ist überfordert beim Treffen von Entscheidung, er könne Informationen nicht interpretieren* |
| • *Motorische Aphasie= Sprechstörung, spricht undeutlich* |
| • *Apathie = mangelnde Anteilnahme, sei isoliert, nehme keinen Anteil mehr am Leben seiner Familie, Freunde, habe weniger soziale Kontakte, depressive Verstimmung, launisch sein, der Pat. sei oft grundlos aggressiv* |

| |
|---|
| • *Verändertes Sozialverhalten*<br>*FRAGE: Hat sich sein/ihr Sozialverhalten verändert?*<br>*Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Mann auf emotionale Situationen ungewöhnlich reagiert? … anders als früher reagiert?*<br>*Hat Ihr Mann / Ihre Frau genug soziale Kontakte?*<br>*Nimmt er/ sie Anteil am Leben der Familie/ Freude?*<br>*Wie reagiert er auf traurige Nachrichten?* |
| • *Die Anamnese durch Angehörige vervollständigen* |
| • *Demenz = dementieller Abbau* |
| • *Der Abbau emotionaler, kognitiver, sozialer Fähigkeiten*<br>• *Grundlose Aggressivität, Unruhe*<br>• *morgendliches frühes Erwachen mit Grübeln*<br>• *Appetit? Durst?* |
| • *Es betrifft eher Frauen* |
| • *Der Uhrentest / Mini-Mental-Test*<br>• Zeiger mit Ziffernblatt<br>• *Wie ist die Betreuungssituation?*<br>• *Es gibt keine Blutwerte zur Detektion primärer Demenz, das Labor dient dem Ausschluss der DD*<br>• *Medikamentöse Therapie muss man abwägen:* |

*shared-decision-making zwischen Arzt-Pat - Angehörigen*

# UNFÄLLE

- **UNFÄLLE:**
- blaue Flecken = das **Hämatome (zahlreiche Hämatome am/an der….)**
- Bluterguss / Blutergüsse = Hämatom(e)
- Platzwunde/ Quetschwunde = die Lazeration
- die **Hautabschürfung** = die Exkoriation
- die Krepitation = das hör- und fühlbare Knistergeräusch bei Reibung von Fragmenten eines frakturierten Knochens bezeichnet. Die Krepitation gilt als sicheres klinisches Frakturzeichen.
- die Prellmarke = Hämatom
- die Wunde, blutige Wunde
- ich kann mein Bein 360 Grad drehen
- die Innen-/Außenrotation des linken Beins, das linke Bein ist leicht nach innen rotiert
- Anzeichen für Fraktur = die Schwellung/ das xxx ist geschwollen (Tumor), Schmerzen (Dolor), schmerzhafte Bewegungseinschränkungen (Functio lesa)
- die Flexion = können Sie den Arm beugen?
- die Extension = …..ausstrecken?
- die Extension des linken Beins ist nicht / nur eingeschränkt möglich
- Prellung = die Kontusion
- Bruch = die Fraktur
- Gehirnerschütterung (ausschließen) - Anzeichen ? = die Commotio cerebri
- das Ohrensausen

# UNFALL -FRAGEN:

| |
|---|
| - *Was genau ist passiert?* |
| - *Wann ist der Unfall passiert?* |

- *Offene Wunden, Blut?*

- *Sturz: wie hoch war xxx? Von wie viel Metern sind Sie gefallen?*

- *wie schnell sind Sie gefahren?*

- *Helm getragen?*
- *Zustand abfragen*

- *Gehirnerschütterung? (Commotio cerebri) =* ein Schädelhirntrauma (SHT) mit milder Verlaufsform
- Symptomatisch äußert sich die Commotio cerebri durch:
- kurzdauernden Bewusstseinsverlust (< 10 min - < 60 min
- verschiedene fakultative, selbstremittierende Beschwerden:
    - Kopfschmerzen
    - anterograde Amnesie (< 8 Std.) / retrograde Amnesie (< 15 min.)
    - vegetative Symptome: Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit bei neurologisch unauffälligem Erscheinungsbild
- *WELCHE FRAGEN?*
- *Haben Sie Kopfschmerzen?*
- *Waren Sie bewusstlos?*
- *Können Sie sich an den Unfall erinnern?*
- *War/ist Ihnen schwindelig/übel?*
- *Haben Sie erbrochen?*

| |
|---|
| - *Haben Sie Flüssigkeit oder Blut aus der Nase, den Ohren … bemerkt?* |
| - *Bewegungseinschränkungen:* |
| - *Können Sie xxx heben, strecken, beugen, drehen (Flexion + Extension möglich?*<br>- *Außen-, Innenrotation des/der* |
| - *Schmerzintensität, wo am höchsten/ Wo sind … am stärksten?* |
| - *Atmung?*<br>- *Haben Sie Schmerzen/ Probleme beim Atmen?* |
| - *Kribbelgefühl? Taubheitsgefühl?* |
| - *alkoholisiert?*<br>- *Haben Sie vor dem Unfall Alkohol getrunken oder Drogen genommen?* |
| - *Medikamente?*<br>- *Haben Sie vor dem Unfall irgendwelche Medikamente* |

| |
|---|
| eingenommen? |
| - *Drogen?* |
| - *Vor dem Unfall (Präsynkope? Synkopen? Aura? Demenz? DM, BZ? RR? Schwindelgefühl?)*<br>- *War Ihnen schwarz vor Augen, waren sie ohnmächtig* |
| - *Nach dem Unfall: Erbrechen, Übelkeit, Synkope? Bewusstlosigkeit)* |
| - *Zustand?*<br>- *Blut/Flüssigkeit aus Ohren, Nase im Mund?* |
| - *Augen?*<br>- *Haben Sie Sehstörungen? Sehen Sie doppelt, verschwommen?*<br>- ***Ohrensausen**?* |
| - *Auf dem Weg zur Arbeit passiert? (Arbeitsunfall)* |
| *ENDE:* |

*Herr/Frau xxx. Sie sollten ein paar Stunden zur Beobachtung hier im KH bleiben.*

*Vermutlich haben Sie eine Verletzung der/des/am xxx. Wir sollten deswegen ihr/e/n xxx röntgen und auch noch ein CT von Ihrem Kopf machen.*

*Sind Sie damit einverstanden?*

*Anatomie:*

*das Schlüsselbein = Clavicula*

*die Schulter*

*der Ellenbogen = Regio cubitalis*

*der Oberarmknochen = Humerus*

*der Unterarmknochen*

*die Speiche =* ***Radius***

*die Elle = Ulna*

*der Oberschenkelknochen =* ***Femur***

*die Schenkelhalsfraktur (SHF) (Oberschenkelhals) = Collum femoris*

*der Knöchel = Malleolus*

*das Sprunggelenk*

*das Schienbein = Tibia*

*die Kniescheibe = **Patella***

*die Rippen(fraktur, - kontusion)*

*der Brustkorb = der Thorax*

*Was ist eine Plattenosteosynthese?*

**FALL 45 - Fallbuch Chirurgie: POLYTRAUMA – MOTORRADUNFALL**

Herr Hansen, ein 28-jähriger Patient, wurde heute (in Begleitung seines Arbeitskollegen)

mit dem KTW **wegen eines Unfalls** in die Notaufnahme eingeliefert.

Der Patient ist leicht somnolent, jedoch orientiert und ansprechbar.

Vor 30 min sei der Patient bei hoher Geschwindigkeit vom Motorrad auf die rechte Seite gefallen.

Er sei nicht bewusstlos gewesen, fühle sich aber benommen (= benebelt). Er habe einen Helm getragen.

Er klagt über starke Schmerzen an der rechten Thoraxseite (9 -10/10 ) sowie über eine schmerzbedingte Dyspnoe.

Die Schmerzen verstärken sich bei der Einatmung. Der rechte Oberschenkel sei stark geschwollen.

Begleitend zeigen sich eine Innenrotation und schmerzhafte Bewegungseinschränkungen des rechten Beins

(er könne sein rechtes Bein nicht bewegen, **die Zehen seien beweglich**).

Zudem beklagt er blutige Hautabschürfungen am rechten Bein.

Der Pat. habe zahlreiche Hämatome an der gesamten rechten Körperhälfte und Hautabschürfungen am rechten Unterarm, Ellenbogen und Oberschenkel.

Zudem klagt er über Diplopie und leichte Kopf- und Nackenschmerzen. Er blutet am Hinterkopf.

Erbrechen, Schwindelgefühl, und Amnesie wurden verneint,

Die letzte Mahlzeit sei vor 2 Stunden gewesen. Der Pat. habe vor dem Unfall keinen Alkohol getrunken und keine Medikamente eingenommen.